



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

TESI DI LAUREA

***L'UTILIZZO DEL CONTATTO NEL NURSING
PER RIDURRE L'ANSIA PREOPERATORIA.
STUDIO SPERIMENTALE ADATTATIVO
RANDOMIZZATO IN PAZIENTI
CARDIOCHIRURGICI***

RELATORE: Dott.ssa ELENA FANTON
CORRELATORE: Dott. MARCO SANTI

LAUREANDA: ELISA RAGAZZI

ANNO ACCADEMICO 2014 – 2015

Ai miei Maestri.

Ed un po' anche a te, che mi guardi da lassù nel cielo.

INDICE

Abstract

INTRODUZIONE pag. 1

CAPITOLO 1 – I DISTURBI D’ANSIA

1.1 Classificazione pag. 3

1.2 Epidemiologia ed eziologia pag. 4

1.3 Trattamento pag. 6

CAPITOLO 2 – ANSIA E CHIRURGIA

2.1 L’esperienza operatoria pag. 11

2.2 L’ansia nel paziente chirurgico pag. 12

2.3 Il ruolo dell’infermiere nella riduzione dell’ansia pre-operatoria pag. 13

2.4 Il contatto nel nursing pag. 15

CAPITOLO 3 – IL PROGETTO DI RICERCA

3.1 Introduzione pag. 17

3.2 Obiettivo pag. 17

3.3 Il disegno dello studio pag. 17

3.4 Campionamento pag. 18

3.5 Metodi pag. 18

CAPITOLO 4 – RISULTATI

4.1 Analisi statistica pag. 21

4.2 Discussione dei risultati pag. 23

4.3 Limitazioni e spunti per ulteriori ricerche pag. 25

CONCLUSIONI pag. 27

BIBLIOGRAFIA pag. 29

RINGRAZIAMENTI pag. 35

ALLEGATI pag. 37

Abstract

L'ansia è una componente comune dell'esperienza pre-operatoria di molti pazienti che ha effetti negativi importanti sullo stato di salute della persona.

La letteratura documenta numerosi tentativi e strategie di nursing efficaci per ridurre i livelli di agitazione dei soggetti in attesa di un intervento, procedure che richiedono però una formazione dedicata degli operatori e una durata di esecuzione spesso incompatibile con le rapide tempistiche anestesologiche.

Obiettivo del presente progetto di ricerca sperimentale è stato quello di valutare gli effetti del semplice tocco sull'ansia del paziente cardiocirurgico al suo ingresso in sala operatoria. Facendo riferimento ai risultati presentati dalla letteratura più recente circa l'argomento, sono stati misurati e presi in considerazione il livello di ansia (mediante scala NRS) ed alcuni parametri vitali (pressione arteriosa e frequenza cardiaca).

Si è trattato di uno studio sperimentale di tipo adattativo, della durata di due mesi, applicato ad un campione di 54 soggetti.

Mediante test t di Student l'analisi statistica ha dimostrato che il tocco ha un effetto di mitigare significativamente l'ansia ($P=0.002$), la frequenza cardiaca ($P=0.002$) e la pressione diastolica ($P=0.005$), mentre non ha effetto significativo sulla pressione sistolica ($P=0.630$), che aumenta in misura uguale in entrambi i gruppi di ricerca.

INTRODUZIONE

L'ansia è uno stato d'animo che accomuna la maggior parte dei pazienti in attesa di entrare in sala operatoria: il suo trattamento costituisce un obiettivo infermieristico importante.

L'agitazione che precede un intervento chirurgico ha effetti negativi documentati: è il maggiore predittore del dolore postoperatorio (Abrushami *et al.*, 2009), può aumentare il bisogno di anestetici e il periodo di degenza (Yellen & Davis 2001), riduce il comfort (Grieve, 2002), inibisce l'apprendimento di nozioni relative all'autocura (Vaught *et al.*, 2007), agisce sul sistema immunitario aumentando il rischio di infezioni (Vaughn *et al.*, 2007; Chen *et al.*, 2013) ed accresce il rischio di infarto miocardico, stimolando il rilascio di adrenalina e noradrenalina (Forshee, 2010).

La letteratura documenta numerosi tentativi e strategie di nursing efficaci per ridurre i livelli di ansia (Bailey, 2010). È stato dimostrato per esempio come il massaggio abbia effetti rilevanti sulla diminuzione dell'ansia associata alle procedure cardiocirurgiche (Albert *et al.*, 2009; Braun *et al.*, 2012; Lindren *et al.*, 2013, Adib-Hajbaghery *et al.*, 2014), e come questo abbia un impatto notevole anche sui parametri vitali quali pressione diastolica, frequenza cardiaca e respiratoria (Adib-Hajbaghery *et al.*, 2014). Il massaggio tuttavia richiede una formazione dedicata degli operatori e una durata di esecuzione incompatibile con le rapide tempistiche anestesologiche.

Il quesito di ricerca è: quali sono gli effetti rilevabili del contatto nel nursing?

Il matematico e meteorologo statunitense Edward Norton Lorenz, nella sua "Teoria del Caos", dimostra come piccole variazioni dei parametri iniziali provochino enormi mutamenti nel comportamento a lungo termine di un sistema. Celebre è la frase dell'autore: "Può una farfalla in Brasile provocare un tornado in Texas?". Con l'espressione "effetto farfalla", Lorenz sostiene che piccoli cambiamenti iniziali possano cambiare inevitabilmente i risultati di un processo. È a partire da questa affascinante teoria che questo studio prende spunto: può un piccolo gesto messo in atto utilmente dall'infermiere, non invasivo, poco costoso, piacevole e senza effetti collaterali, sortire degli effetti importanti sullo stato di benessere finale del paziente chirurgico?

CAPITOLO 1 – I DISTURBI D’ANSIA

1.1 Classificazione

L’ultima versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell’Associazione Psichiatrica Americana (DSM-V) definisce i Disturbi d’Ansia quell’insieme di disordini caratterizzati da eccessiva paura ed ansia a cui si associano disturbi del comportamento. Il trattato sopraccitato ha individuato le seguenti categorie di disturbo: Fobia Specifica, Fobia Sociale, Agorafobia, Disturbo di Panico, Disturbo d'Ansia Generalizzato, Disturbo d'Ansia da Separazione, Disturbo d'Ansia da Sostanze, Disturbo d'Ansia dovuto ad una Condizione Medica Generale, Disturbo d'Ansia non Altrimenti Specificato.

La paura è una risposta emotiva che si scatena di fronte ad una minaccia potenziale o reale imminente, mentre l’ansia si manifesta nei confronti di una preoccupazione collocata solitamente nel futuro; entrambe le emozioni sono caratterizzate da sintomi psicologici (tensione, apprensione, difficoltà di concentrazione, facile affaticabilità, vuoti di memoria, irritabilità, disturbi del sonno, aumento della vigilanza) e da segni fisici (tremori, disturbi gastro-intestinali, aumento della frequenza cardiaca, respiratoria, del tono muscolare, della secrezione ghiandolare ed ormonale, provocati dall’attivazione del sistema nervoso simpatico e definiti *arousal*).

Cattel e Scheier (1961) hanno operato una distinzione tra “ansia-stato” e “ansia di tratto”. L’”ansia-stato” si definisce come una sensazione soggettiva di apprensione, tensione, inquietudine che spinge la persona a mettere in atto comportamenti che allontanino lo stimolo ansiogeno o ne riducano il senso di minaccia. Si parla invece di “ansia di tratto” in presenza di caratteristiche stabili della personalità e del comportamento, per soggetti che hanno una reattività maggiore della media a situazioni a basso potenziale ansiogeno e/o che a medesimi stimoli rispondono abitualmente con livelli più elevati di “ansia-stato”.

In condizioni normali paura ed ansia sono delle risposte fisiologiche difensive il cui scopo è quello di anticipare la percezione di pericolo prima che questo si manifesti realmente; se moderate esse producono uno stato di aumentata consapevolezza, motivando l’individuo ad assumere comportamenti e a prendere decisioni adeguate alle differenti situazioni. Secondo gli studiosi si può parlare di Disturbi d’Ansia essenzialmente quando questi stati d’animo negativi perdurano da almeno sei mesi, provocano un disagio clinicamente

significativo, quando l'intensità e la durata dello stato d'allarme associati sono sproporzionati o irrealistici e quando vi è una compromissione dell'area sociale, scolastica, lavorativa e familiare.

La fobia, invece, è un disturbo caratterizzato da paura o ansia marcati ed eccessivi in presenza o in prossimità di particolari oggetti o situazioni (prendere un aereo, la vista del sangue, animali, eventi atmosferici, incontrare sconosciuti, luoghi affollati ecc.), nel 75% dei casi più di uno contemporaneamente. La causa fobica provoca nell'individuo sempre la stessa reazione negativa immediata, ed è evitata o vissuta con estremo disagio; essa può scatenare parziali o totali attacchi di panico. Gli attacchi di panico sono picchi improvvisi ed intensi di paura o disagio accompagnati da sintomi fisici e/o cognitivi invalidanti che raggiungono l'apice in pochi minuti; tra le manifestazioni fisiche possono notarsi palpitazioni, tachicardia, sudorazione profusa, tremore, dispnea, dolore o fastidio al petto, nausea, vertigini, brividi o sensazione di calore, parestesie; a tutto ciò si possono accompagnare anche sentimenti di derealizzazione (sensazione di separazione dalla realtà) e depersonalizzazione (percezione di essere distaccati da sé stessi), paura di morire, di perdere il controllo o di "impazzire".

1.2 Epidemiologia ed eziologia

I Disturbi d'Ansia rappresentano i disturbi psichiatrici più comuni rilevati durante la pratica clinica (Kessler *et al.*, 2009). La Fobia Specifica è risultato essere il disordine più diffuso, con una prevalenza a livello mondiale stimata attorno 6-12%, seguito dalla Fobia Sociale (10%), dal Disturbo Post-Traumatico da Stress (1-2% in Europa, 6-9% negli Stati Uniti, sopra il 10% in quei Paesi esposti a lungo termine a violenze etniche), dal Disturbo d'Ansia Generalizzato (3-5%), dal Panico (2-5%) ed infine dal Disturbo Ossessivo Compulsivo (2-3%).

Molti dei Disturbi ansiosi si sviluppano nell'infanzia, tendono a persistere se non trattati e si verificano più frequentemente nelle donne che negli uomini (con un rapporto di circa 2:1). Più della metà degli individui con una di queste patologie soddisfano, nel corso della loro vita, ai criteri per un altro disturbo di questo tipo e per la diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore (Brown *et al.*, 2001). Mostrano comorbilità con i Disturbi D'Ansia anche l'abuso di sostanze (Jacobsen *et al.*, 2001) e i Disturbi della Personalità, soprattutto

il Disturbo Evitante, il Disturbo Dipendente e il Disturbo Istrionico di Personalità. Come per altre disfunzioni, la comorbidità si associa ad una maggiore gravità clinica ed a minori possibilità di recupero sia del Disturbo/i d'Ansia sia delle condizioni associate.

Disturbi ansiosi si osservano in culture differenti: ciò che cambia è l'oggetto scatenante ansia e paura, strettamente legato ad atteggiamenti e credenze locali. In Giappone si conosce per esempio la sindrome di "taijin kyofusho", basata sul forte timore di arrecare dispiacere o imbarazzo agli altri; oppure in Groelandia occidentale i cacciatori di foche in mare aperto possono sperimentare il "kayak-angst", una sorta di attacco di panico.

Per cercare di spiegare le origini dell'ansia sono state sviluppate differenti teorie.

Secondo la psicoanalisi, l'ansia è un sintomo di un conflitto inconscio; i seguaci di Freud sostengono che già alla nascita l'uomo sperimenta l'angoscia di una situazione che lo vede diviso tra la paura degli spazi senza confini (agorafobia verso il mondo esterno) e quella dei luoghi chiusi (claustrofobia nel ventre materno).

Le teorie cognitive evidenziano come lo stato d'ansia sia determinato piuttosto da schemi valutativi irrazionali e distorti di una situazione percepita come pericolosa, che vengono continuamente mantenuti e confermati; a ciò si associa anche una scarsa percezione delle proprie risorse di *coping*.

Per i comportamentisti l'ansia è il risultato invece di vissuti negativi come il ripetersi in età adulta di eventi avversi quali lutti, delusioni e fallimenti.

La teoria sociologica si concentra sull'effetto degli enormi cambiamenti di condizione e stili di vita avvenuti nell'ultimo secolo nelle società industriali. Forte competitività, ritmi impietosi, drammi sociopolitici internazionali, progresso tecnologico sono solo alcuni dei fattori che hanno contribuito ad aumentare il livello di inadeguatezza, impotenza ed ansia nell'uomo moderno.

Studi scientifici recenti hanno poi isolato una molecola umana, il *Diazepam Binding Inhibitor*, in grado di scatenare attacchi d'ansia (rimane tuttavia sconosciuto il perché essa venga prodotta in quantità eccessive solo in certi individui). Gli studi sui gemelli suggeriscono un'ereditabilità del 20-40% dei Disturbi ansiosi; i neuroscienziati parlano infine di iperattività del circuito cerebrale della paura, in particolare dell'amigdala, un vero e proprio centro di elaborazione delle risposte emotive (Malizia, 2003), e di malfunzionamento nella produzione di neurotrasmettitori (ipofunzionalità del GABA

(Sinha *et al.*, 2004), del sistema serotoninergico (Chang *et al.*, 2003) e iperproduzione di noradrenalina (Geraciotti *et al.*, 2001)).

1.3 Trattamento

Esistono numerosi e differenti trattamenti riconosciuti per curare i Disturbi d'Ansia, che spaziano dalla terapia farmacologica a quella psicologica per arrivare a comprendere tecniche definite complementari o non convenzionali.

Il trattamento farmacologico dei Disturbi d'Ansia è iniziato negli anni Cinquanta, con l'uso dei Barbiturici, abbandonati per la loro tossicità e i gravi problemi di abuso che comportavano; questi farmaci sono stati sostituiti nel decennio successivo con le Benzodiazepine e negli ultimi vent'anni con gli Antidepressivi (triciclici, SSRI- Inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina e SNRI-inibitore della ricaptazione della serotonina e della norepinefrina). Ad oggi le linee guida *dell'American Psychiatric Association* considerano gli SSRI e gli SNRI come farmaci di prima scelta nei Disturbi ansiosi nel lungo periodo e le Benzodiazepine per il breve periodo o in associazione.

Le Benzodiazepine sono farmaci che stimolano l'azione di un neurotrasmettitore chiamato acido gamma-aminobutirrico (GABA), e sono riconosciuti possedere un'attività ansiolitica, ipnotico-sedativa, miorilassante e anticonvulsivante; si distinguono principalmente per essere a emivita lunga (> 30 ore, es. Diazepam, Clonazepam), intermedia (10-30 ore, es. Lorazepam, Alprazolam) e breve (< 10 ore, es. Triazolam, Lormetazepam). I farmaci ad emivita lunga rispetto agli altri consentono una somministrazione meno frequente, hanno una minore variazione di concentrazione plasmatica, minore possibilità di risvegli notturni e di fenomeni di astinenza; Diazepam e simili tuttavia comportano un maggior rischio di compromissione psicomotoria, sedazione diurna, epatotossicità (per la produzione di metaboliti attivi) e accumulo (in particolare nei soggetti obesi ed anziani). Effetti collaterali comuni provocati dalle Benzodiazepine (normalmente dose-dipendenti e transitori) sono: sedazione eccessiva, sonnolenza, vertigini, aumento del tempo di reazione, incoordinazione motoria, confusione mentale, amnesia anterograda, disturbi gastro-intestinali, dipendenza, tolleranza ed abuso. Con questa classe di farmaci si possono osservare inoltre effetti paradossi: essi possono provocare euforia, agitazione, aggressività, allucinazioni e comportamenti ipomaniacali. In genere la somministrazione di

Benzodiazepine avviene con un incremento settimanale della dose partendo dal dosaggio minimo utile consigliato, e dopo un mese è richiesta una valutazione per iniziare la sospensione graduale. Se utilizzate in associazione all'alcool le Benzodiazepine possono provocare fenomeni di depressione respiratoria, e se impiegate con farmaci deprimenti il SNC si può realizzare un potenziamento degli effetti di entrambi.

Gli Antidepressivi svolgono la loro azione bloccando il *re-uptake* di diversi neurotrasmettitori, aumentandone la disponibilità a livello del recettore postsinaptico. Gli Antidepressivi Triciclici agiscono in particolare sulla ricaptazione della noradrenalina e della serotonina, e sono antagonisti sui recettori muscarinici dell'acetilcolina, H1 dell'istamina e α_1 e α_2 noradrenergici; per il loro ampio spettro d'azione hanno maggiori effetti collaterali e tossici rispetto ai farmaci di nuova generazione. Tra gli effetti secondari, prodotti dalle marcate proprietà anticolinergiche, si hanno: secchezza delle fauci, stipsi, ritenzione urinaria, disturbi dell'accomodazione, aritmie, ipotensione ortostatica, sedazione, tremori.

Gli SSRI come Fluvoxamina e Fluoxetina inibiscono la ricaptazione della serotonina nello spazio intersinaptico, gli SNRI agiscono invece anche sulla noradrenalina; questi farmaci richiedono un aumento graduale della dose e hanno una fase di latenza: per osservarne dei risultati apprezzabili bisogna attendere tra i quindici e i trenta giorni. Gli effetti collaterali più frequenti osservati nei pazienti in trattamento con SSRI sono: nausea, vomito e diarrea, cefalea, disturbi del sonno e della sfera sessuale, bradicardia, disturbi extrapiramidali, irritabilità e sindrome d'astinenza.

Accanto ai tradizionali farmaci in commercio è possibile trovare numerosi medicinali di origine naturale adatti ad alleviare l'ansia e lo stress, favorire il sonno, migliorare la concentrazione. A questo scopo si conoscono piante come il kawa-kawa (originario delle isole dell'Oceano Pacifico) o l'iperico (conosciuto anche come erba di San Giovanni, utilizzata anche per contrastare la depressione) ed i fiori di Bach (Agrimony, Aspen, Cerato, Elm, Larch).

Secondo il cognitivismo, ansia e paura sono determinate da immagini mentali, conoscenze personali e convinzioni per lo più irrazionali. Compito del terapeuta cognitivo è quello di scovare i pensieri scatenanti queste emozioni negative, aiutando l'individuo a divenire consapevole e mettendone in discussione le credenze. Per esempio, in un soggetto con Fobia Sociale, ci si concentra sulla convinzione di essere giudicati negativamente dagli

altri, aiutando il paziente ad acquisire un adeguato senso di controllo e di autostima, nonché tecniche assertive, di *problem solving* e di *stress management*.

La teoria del comportamento ricerca eventi e situazioni scatenanti i Disturbi d'Ansia, e si avvale della "tecnica di desensibilizzazione sistematica di Wolpe" basata sul principio del controcondizionamento. Il terapeuta, mediante l'uso dell'immagine guidata, dopo aver indotto l'individuo a rilassarsi completamente, conduce mentalmente il paziente all'interno delle situazioni per lui problematiche, spingendolo ad esplorare a fondo le emozioni negative da lui provate in questi contesti. Il professionista parte dalla situazione che provoca all'assistito meno paura per poi arrivare gradualmente a quella più temuta, anche mediante un'esposizione dal vivo.

Negli ultimi anni si sta sperimentando poi l'uso dell'ipnosi, una tecnica in grado di indurre nei soggetti suscettibili uno stato psicofisico di *trance*.

Anche l'alimentazione sembra giocare un ruolo fondamentale nel trattamento dei Disturbi d'Ansia. È risaputo come in alcune persone persino piccole quantità di caffeina causino depressione, nervosismo, irritabilità, mal di testa, palpitazioni e insonnia. Ridurre l'uso di caffeina (presente nel caffè, nel tè, nelle bevande a base di cola) può essere molto utile nei soggetti ansiosi. Il regime alimentare di chi soffre di disturbi d'ansia dovrebbe inoltre prevedere una riduzione del consumo di alcool (che incrementa la secrezione degli ormoni surrenali aumentando stress e insonnia), zucchero, dolciumi e farina bianca. Interessante è sapere inoltre come intolleranze ed allergie alimentari possano dare sintomi quali stanchezza, ansia, disturbi del sonno, dolori muscolari ed articolari, difficoltà di concentrazione.

Ad integrazione delle terapie farmacologiche e psicologiche tradizionali esistono alcune tecniche non invasive mirate a migliorare la qualità di vita del paziente con Disturbi d'Ansia; si tratta di metodologie afferenti a tre gruppi principali:

- le tecniche di massaggio: massaggio ayurvedico, massaggio cinese, riflessologia plantare, shiatsu;
- le tecniche di rilassamento: musicoterapia, rilassamento secondo Jacobson, tecniche di respirazione, training autogeno, visualizzazione creativa, distrazione, pensiero positivo;
- altre tecniche: aromaterapia, cromoterapia, floriterapia, tocco terapeutico.

Sono numerosissimi gli studi che documentano come il massaggio sia una tecnica davvero efficace per contrastare l'ansia. È stato dimostrato per esempio come il massaggio abbia

effetti rilevanti sulla diminuzione dell'ansia associata alle procedure cardiocirurgiche (Albert et al., 2009; Braun et al., 2012; Lindren et al., 2013; Adib-Hajbaghery et al., 2014), e come questo abbia un impatto notevole anche sui parametri vitali quali pressione diastolica, frequenza cardiaca e respiratoria (Adib-Hajbaghery et al., 2014).

In ambito ospedaliero il massaggio è particolarmente indicato per i pazienti allettati, con pochi contatti con l'esterno, con dolore e con una comunicazione verbale limitata o impossibile; è sconsigliato invece nei casi in cui aumenti la sofferenza fisica del soggetto, vi siano lesioni cutanee importanti e la persona non gradisca il contatto fisico con gli operatori.

CAPITOLO 2 – ANSIA E CHIRURGIA

2.1 L'esperienza operatoria

Si definisce intervento chirurgico un gesto manipolativo invasivo nei confronti di tessuti ed organi; l'atto chirurgico può essere effettuato a scopo diagnostico (alla ricerca delle cause), preventivo (anticipando conseguenze o complicanze), curativo (se mirato alla risoluzione di una patologia), riparativo (quando corregge difetti anatomici), ricostruttivo (modificante l'aspetto estetico) o palliativo (rivolto al sollievo dei sintomi).

L'aspetto temporale consente di classificare le operazioni come azioni chirurgiche di:

- emergenza (da effettuarsi immediatamente poiché il paziente è a rischio di vita, es. rottura della milza);
- urgenza (da eseguirsi entro 24-48h, es. riduzione di una frattura);
- necessità (se risolvono un problema di salute entro qualche settimana, es. cataratta);
- elezione (secondo programmazione, possono non essere indispensabili, es. correzione cicatrici).
- facoltative (richieste dal paziente, es. chirurgia estetica).

L'esperienza operatoria consiste in tre fasi distinte: pre-operatoria, intraoperatoria e post-operatoria.

Durante il momento pre-operatorio l'équipe chirurgica effettua un accertamento accurato delle condizioni generali dell'assistito mediante l'anamnesi (raccolta della storia clinica), l'esame obiettivo (rilevazione dei segni corrispondenti ai sintomi manifestati dal paziente) e gli esami di laboratorio. Il metodo di raccolta di informazioni più completo durante questo momento è rappresentato dal colloquio, mediante il quale l'assistito viene informato ed incoraggiato ad esprimere dubbi e paure.

La fase intraoperatoria inizia quando il paziente viene trasferito nel letto operatorio; durante questo stadio l'infermiere di sala o strumentista forniscono supporto emotivo durante l'induzione, si occupano del monitoraggio fisiologico, collaborano al posizionamento del soggetto e dei presidi medico-chirurgici (accessi venosi e arteriosi, catetere vescicale, ecc.).

Nel post-operatorio, quel periodo che inizia con il trasferimento in PACU (*Post Anesthesia Care Unit*), l'infermiere esegue un accertamento completo e continuo dei parametri vitali

del paziente per prevenire le complicanze legate all'intervento chirurgico, garantisce il comfort dell'assistito, ne valuta il dolore, effettua le attività di nursing se necessario, e si occupa dell'educazione post-chirurgica.

2.2 L'ansia nel paziente chirurgico

Esistono numerose condizioni cliniche conosciute che includono l'ansia come sintomo: esse possono avere origine endocrinologica (ipertiroidismo, feocromocitoma, ipoglicemia), cardiovascolare (embolia polmonare, fibrillazione atriale), respiratoria (BPCO, asma, polmonite), o neurologica (neoplasie, encefalite, disturbi convulsivi). Quando la patologia è nota per indurre ansia e quando la malattia ha preceduto l'inizio di quest'ultima il DSM-V parla di Disturbo d'Ansia dovuto ad una Condizione Medica Generale.

L'ansia nel periodo pre-operatorio è un'esperienza comune alla quasi totalità dei pazienti chirurgici (Bailey, 2010); essa viene accertata mediante la rilevazione di comportamenti quali l'iperattività, l'aumento della loquacità, la ripetizione di domande, il pianto, l'apatia e l'insonnia. I segni oggettivi di ansia comprendono invece un aumento della frequenza cardiaca e respiratoria, della pressione arteriosa, il vasospasmo e l'iperattività motoria.

Il malessere generalmente percepito da gran parte degli assistiti risente di numerose variabili quali la tipologia di intervento e il grado di informazione del paziente circa la routine pre-operatoria e l'operazione in sé, le credenze personali ed i valori culturali, i precedenti vissuti sanitari, l'età, il sesso e il contesto socio-familiare. Grieve (2002) inserisce tra le cause dell'ansia pre-operatoria le aspettative personali riguardo al dolore, al *discomfort*, alle alterazioni dell'immagine personale, alla possibile perdita di indipendenza, agli effetti indesiderati, alla sensazione che gli eventi sfuggano al proprio controllo.

Ogni procedura chirurgica maggiore si accompagna a sentimenti di paura più o meno marcata della perdita temporanea delle funzioni cognitive e dei riflessi provocata dall'anestesia, del fallimento della chirurgia nel ridurre i sintomi, del dolore, della morte, dell'insorgere di complicazioni e di cambiamenti del ruolo sociale e nello stile di vita (Brunner, 2010).

Le caratteristiche ambientali della sala operatoria contribuiscono ad aumentare il senso di estraniamento del paziente: il tavolo operatorio è piccolo e freddo, ed è circondato da strumentazioni e macchinari di cui spesso l'individuo non conosce l'impiego. Non va poi

dimenticato lo stato in cui l'assistito si trova fisicamente: nudo, senza protesi dentarie, visive o uditive, attorniato da estranei e in posizione supina (senza poter avere una visuale globale).

Il *distress* psicologico influenza direttamente la funzione corporea e va imperativamente identificato (Defazio-Quinn & Schick, 2004). Lo stato d'ansia nel periodo pre-operatorio può influenzare l'esito della chirurgia (Brand *et al.*, 2013); esso è il predittore più comune del dolore post-operatorio (Abrishami *et al.*, 2009), può aumentare il bisogno di anestetici e il periodo di degenza (Yellen & Davis, 2001). L'ansia ha effetti sul sistema nervoso e sul sistema endocrino (Abu Ruz *et al.*, 2011; Chen *et al.*, 2013); stimola il rilascio di noradrenalina ed adrenalina, provocando un rialzo dei livelli di glucosio del sangue, della pressione arteriosa, del battito cardiaco e della frequenza respiratoria (Brand *et al.*, 2013), nonché una vasocostrizione periferica (Kim *et al.*, 2001) che rende più difficile il reperire accessi vascolari necessari alla somministrazione intravenosa dei farmaci impiegati per l'analgosedazione.

Diversi autori hanno studiato poi gli effetti dell'ansia preoperatoria sul sistema immunitario, concludendo come essa aumenti il rischio di infezioni (Vaughn *et al.*, 2007; Chen *et al.*, 2013).

L'ansia può inibire inoltre l'apprendimento e la concentrazione durante il processo di educazione pre-operatoria al risveglio post-anestesia (Vaughn *et al.*, 2007; Gilmartin *et al.*, 2008).

2.3 Il ruolo dell'infermiere nella riduzione dell'ansia pre-operatoria

La gestione dell'ansia pre-operatoria rientra nelle competenze dell'infermiere di sala operatoria ed il suo trattamento dovrebbe costituire una priorità.

Diverse sono le azioni che l'infermiere può compiere nel periodo pre-operatorio per ridurre il livello d'ansia del paziente. Interessarsi per esempio innanzitutto al *comfort* ambientale (assicurandosi che il materasso si mantenga riscaldato, aiutando l'assistito a cambiare posizione, rispettando la privacy) può aumentare il grado di benessere del paziente. La letteratura discute di numerose strategie infermieristiche utilizzate per trattare l'ansia chirurgica, inclusa la musica (Yung *et al.*, 2002; Cooke *et al.*, 2005), le terapie alternative e complementari (Wang *et al.*, 2003), il calore (Wagner *et al.*, 2003), l'educazione (Salmore

et al., 2000; Oshodi *et al.*, 2007), l'uso di olio essenziale (Braden *et al.*, 2009), il massaggio (Kim *et al.*, 2001; McRee *et al.*, 2003) ed il massaggio alle mani (Brand *et al.*, 2013).

Fornire informazioni circa il periodo post-operatorio immediato, su ciò che accadrà al risveglio (il disagio provocato dall'intubazione, la necessità di seguire le istruzioni dei sanitari per facilitare l'estubazione, i movimenti da effettuare o meno durante l'allettamento) può aumentare il senso di controllo del paziente sulla sua situazione e ridurre lo stress da lui provato (Holmes, 2005). L'informazione è un obbligo al quale ogni professionista sanitario è chiamato per legge (L. 28 marzo 2001, n. 145, articolo 5: "Qualsiasi intervento in campo sanitario non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato il proprio consenso libero e informato. Questa persona riceve preventivamente un'informazione adeguata in merito allo scopo e alla natura dell'intervento nonché alle sue conseguenze ed ai suoi rischi") e per deontologia (art. 33 Codice Deontologico Medico ed art. 20, 23, 24 Codice Deontologico dell'Infermiere).

All'ingresso del paziente in sala operatoria l'infermiere si presenta, si rivolge all'assistito chiamandolo per nome, lo guarda negli occhi mentre gli parla, utilizza la mimica se necessario, ed adegua "la comunicazione alla sua capacità di comprendere" (art. 24 Codice Deontologico dell'Infermiere); il professionista sanitario "ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte" (art. 20). "L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita" (art. 23 Codice): verifica le conoscenze del soggetto in merito all'intervento ed è chiamato a correggere eventuali informazioni imprecise, all'occorrenza coinvolgendo anestesisti e chirurghi.

Nel periodo pre-operatorio diversi sono gli accorgimenti che permettono all'infermiere di assumere una posizione di ascolto attivo ed empatico che faciliti l'instaurarsi di una relazione di fiducia terapeutica e che incoraggi il paziente ad esprimere i propri dubbi e paure. Il sanitario pone domande, ripete ciò che ritiene aver capito e riepiloga, illustra con parole diverse i sentimenti di chi parla. L'infermiere evita di dare rassicurazioni inopportune come: "non è niente", "cosa vuole che sia", "vedrà che andrà tutto bene", "non deve preoccuparsi"; questo tipo di affermazioni possono sortire l'effetto contrario

indisponendo l'individuo ed aumentandone il grado di agitazione. Una risposta standard può essere percepita facilmente come espressione di disinteresse; le falsità, le argomentazioni fuori luogo, i modi scorretti e banalizzanti innescano spirali di negatività (Giudetti, 2014). Il modo migliore per rivolgersi agli assistiti consiste nell'utilizzare espressioni prive di giudizi, idee o sentimenti come per esempio: "comprendo la sua preoccupazione in questo momento", "sono certa/o che sarà fatto il possibile per lei".

2.4 Il contatto nel nursing

La pelle è l'organo più esteso (si calcola che in un adulto possa coprire all'incirca una superficie pari a 2 metri quadrati e che pesi all'incirca 15 kg) ed il più sensibile (si stima che ogni cm quadrato di epidermide contenga fino a 5.000 recettori, numero di gran lunga superiore nelle mani). L'attivazione mediante il massaggio dei recettori della pressione presenti sulla cute attiva il sistema parasimpatico (Field *et al.*, 2010) e la stimolazione manuale stimola il rilascio di ossitocina, un ormone coinvolto nelle esperienze sociali piacevoli (Uvnäs-Moberg, 1998).

Studi di *neuroimaging* hanno dimostrato come la manipolazione attivi una specifica regione del cervello, la corteccia cingolata anteriore (Lindgren, 2012), contenente un'alta densità di recettori oppioidi, attivata durante i momenti di felicità e piacere (Vogt, 2005; Rolls, 2010). Biochimicamente il massaggio è associato al rilascio di beta-endorfine, serotonina, dopamina e ad attivazione di linfociti T-killer (Kaada *et al.*, 1989), oltre alla diminuzione del rilascio di cortisolo (Field *et al.*, 2005).

Gli effetti fisiologici del massaggio includono una diminuzione delle pressioni sistolica e diastolica (Cambron *et al.*, 2006), della frequenza cardiaca e respiratoria (Smith *et al.*, 1999). Alcune ricerche dimostrano poi come il massaggio aumenti il benessere mentale e psicologico (Castro-Sanchez *et al.*, 2011), aiuti i pazienti ad esprimere più facilmente le proprie emozioni (Yaghoobi *et al.*, 2009) e faciliti l'instaurarsi di una relazione terapeutica paziente-infermiere (Hajihosseini *et al.*, 2006).

La maggior parte delle cure infermieristiche prevede il ricorso al contatto, secondo Grousset (2009) ben l'85% di esse. Il tatto è un senso che possiede una peculiarità importante rispetto agli altri: richiede infatti reciprocità, poiché non è possibile toccare senza essere toccati. Toccare del resto è comunicare, è riconoscere l'altro nella sua

individualità. “Quando prendete o carezzate la mano di qualcuno, la persona che viene toccata può sentire anche tutte le vostre emozioni, brutalità o dolcezza, sentimenti e intenzioni. È proprio questo che fa la ricchezza del senso del tatto [...] ma che ne spiega anche le sue resistenze” (Savatofski, 2009). Il tocco è un senso controllato, represso e soggetto a tabù, quando è accettato deve rispondere a convenzioni che ne accertino intenzionalità e accettabilità (Mele, 2008).

In ambito sanitario lo sviluppo delle tecnologie sembra aver causato una difficoltà sempre maggiore nei professionisti sanitari di instaurare con il malato una relazione mediata dai sensi e contraddistinta da quella fisicità richiesta dal processo terapeutico (Corli, 1998). H. Van Der Bruggen (1997) distingue fra toccare *Gnostico* e toccare *Pathico*. La palpazione che utilizza il medico e il toccare tecnico dell’infermiere finalizzato al gesto hanno il carattere del toccare *Gnostico* e sono spesso invasivi sul piano fisico e metafisico. La carezza invece, avvolge, accoglie, riceve intenzionalmente e consente un contatto *Pathico* utile a riconoscere non un corpo, ma una persona.

CAPITOLO 3 – IL PROGETTO DI RICERCA

3.1. Introduzione

I pazienti ansiosi con diagnosi di ipertensione e coronaropatie hanno un maggior rischio di sviluppare fenomeni di fibrillazione atriale (Eaker *et al.*, 2005) e di avere un infarto (Forshee *et al.*, 2010). L'ansia ha effetti negativi più marcati sui soggetti con pregressa sindrome coronarica (Arora *et al.* 2010), aumentandone la mortalità (Abu Ruz *et al.*, 2011; Chen *et al.*, 2013) e morbilità (prolungamento del periodo di ventilazione meccanica, aumento del rischio di infezione del sito chirurgico, necessità di operare nuovamente) soprattutto sopra i 70 anni (Williams *et al.*, 2013). Modesti livelli di ansia e depressione sono stati associati infine con un aumentato del rischio di essere nuovamente ricoverati dopo un intervento di bypass coronarico (Tully *et al.*, 2008). La gestione dell'ansia pre-operatoria nei pazienti cardiocirurgici appare dunque ancor più importante.

3.2 Obiettivo

Obiettivo del presente progetto di ricerca sperimentale è stato quello di valutare gli effetti del semplice tocco sull'ansia del paziente cardiocirurgico al suo ingresso in sala operatoria. Facendo riferimento ai risultati presentati dalla letteratura più recente circa l'argomento (Braun *et al.*, 2012) sono stati misurati e presi in considerazione il livello di ansia e alcuni parametri vitali (PA, FC).

3.3 Il disegno dello studio

Si tratta di uno studio sperimentale di tipo adattativo, da applicarsi ad un campione di 54 soggetti, 27 per braccio di trattamento. Per l'attuazione dello studio si stima un periodo di raccolta dati di due mesi all'interno dei Reparti di Chirurgia e nella Sala Operatoria del "Centro V. Gallucci" del Policlinico Universitario di Padova.

Il disegno dello studio prevede due analisi ad interim, al raggiungimento rispettivamente di 9 e 18 soggetti per braccio. Ad ogni analisi ad interim vi è la possibilità di un *earling stopping* per *futility* o *efficacy* dello studio, e di riadeguamento della numerosità campionaria.

3.4 Campionamento

Il campione è costituito da 54 soggetti, 27 individui per braccio di trattamento. Tale numerosità è stata determinata per garantire la significatività statistica, con un test *t* di Student a due code per campioni indipendenti, ipotizzando una differenza unitaria nelle medie dei differenziali (Prima - Dopo) nelle scale NRS dell'ansia nei due bracci di trattamento, una deviazione standard unitaria in entrambi i bracci, un errore di prima specie del 5% e una potenza del 90%.

Sono stati stabiliti i seguenti criteri di inclusione: soggetti maggiorenni, che abbiano espresso il consenso scritto di partecipazione allo studio, che dimostrino un grado di comprensione sufficiente della lingua italiana, che siano in attesa di interventi programmati di chirurgia maggiore cardiologica, e che abbiano un buon orientamento spazio/temporale. Si è deciso altrimenti di escludere invece pazienti con disordini cognitivi e tutte le urgenze chirurgiche.

3.5 Metodi

I pazienti cardiocirurgici che hanno risposto ai criteri di eleggibilità sono stati invitati a partecipare alla ricerca il giorno stesso dell'intervento chirurgico; nel dettaglio, si è spiegato loro che l'adesione al presente studio sarebbe stata utile a capire se il contatto potesse produrre una riduzione del livello di ansia pre-operatoria. A tutti i pazienti è stata chiarita anche la necessità di ottenere un consenso informato scritto per la raccolta dei dati. Nella mezz'ora precedente l'ingresso in sala operatoria, agli assistiti che hanno deciso di collaborare è stato chiesto di valutare il proprio livello di ansia mediante l'utilizzo di una scala NRS (da 0: assenza di ansia a 10: agitazione massima), e si sono rilevate frequenza cardiaca e pressione arteriosa.

All'accesso in sala operatoria i partecipanti sono stati assegnati, mediante randomizzazione, a ricevere un'accoglienza infermieristica pre-operatoria standard oppure l'applicazione del contatto con finalità terapeutiche. All'infermiere responsabile dell'accoglienza è stato spiegato lo scopo dello studio e si è chiesto di toccare o non toccare il paziente durante il *sign-in* e il monitoraggio; ciascun operatore è stato libero di applicare il contatto secondo le modalità a lui più consone ed affini (es. tenendo la mano, accarezzando la testa, appoggiando il palmo sul braccio o sulla spalla dell'assistito).

Poco prima dell'analgosedazione si sono rilevati nuovamente il livello di ansia, la frequenza cardiaca e la pressione.

CAPITOLO 4 – RISULTATI

4.1. Analisi statistica

I dati riassuntivi ottenuti nei due gruppi di pazienti a livello basale sono riportati in tabella 1. Attraverso il Wilcoxon test e l'X quadro di Pearson è stato possibile condurre alcune valutazioni statistiche sul campione al baseline, allo scopo di valutare l'assenza di effetti confondenti o distorsioni all'interno dei due bracci di trattamento.

Tabella 1. Parametri basali relativi ai due gruppi di pazienti.

Parametro	Gruppo Sperimentale† (n=27)	Gruppo di Controllo† (n=27)	Gruppi Combinati† (n=54)	Test statistico
Età, anni	50/68/74	60/69/73.50	59.25/68.50/73.75	$P=0.596$
Genere paziente, F/M	30%/70% (8/19)	37%/63% (10/17)	33%/67% (18/36)	$P=0.564$
Genere infermiere, F/M	63%/37% (17/10)	37%/63% (10/17)	50%/50% (27/27)	$P=0.057$
Livello d'ansia (0-10)	2/5/7	4/5/7.5	3/5/7	$P=0.393$
Battito cardiaco (bpm)	61.5/73/83.5	63.5/71/80	63/71.5/81.5	$P=0.791$
PA sistolica (mmHg)	118/129/151	119/140/145	117/135.5/149.5	$P=0.838$
PA diastolica (mmHg)	64.5/78/82.5	64/75/85.5	63.25/77.50/83.75	$P=0.939$

†La sequenza di tre valori separati da “/” indica rispettivamente: 25° quantile/mediana/75° quantile.

Come dimostrato dalla tabella 1, il gruppo sperimentale e quello di controllo non presentano una differenza statisticamente significativa per quanto riguarda la distribuzione di età ($P=0.596$) e di genere ($P=0.564$): ciò garantisce una omogeneità di base del campione. Anche il genere del personale infermieristico coinvolto nello studio non si è rivelato statisticamente differente (pur se al limite della significatività, con $P=0.057$), e ciò ha consentito di contenere una componente del *bias* di campionamento.

Per quanto riguarda la distribuzione dei parametri di interesse misurati nei due gruppi, il punto di partenza appare lo stesso: risulta evidente che non vi è differenza significativa nell'ansia ($P=0.393$) né nei parametri vitali [FC ($P=0.791$), PA sistolica ($P=0.838$) e PA diastolica ($P=0.939$)]. I due gruppi sono pertanto confrontabili senza necessità di aggiustamento.

Sia per la scala NRS di valutazione dell'ansia che per i parametri vitali, attraverso il test di Welch (una variazione del test t di Student: Ruxton, 2006) per campioni indipendenti, si è

testata la differenza tra i due bracci di trattamento rispetto alle variazioni misurate prima-dopo il trattamento.

L'analisi ha portato ai risultati statistici mostrati in tabella 2.

Tabella 2. Medie e (Deviazioni Standard) nelle differenze nei parametri misurati (delta prima-dopo il trattamento), nei due gruppi di pazienti.

Parametro	Gruppo	Gruppo di	Test statistico (t-Student)
	Sperimentale (n=27)	Controllo (n=27)	
Livello d'ansia (0-10)	0.63 (2.30)	-1.37 (2.09)	$P=0.002$
Battito cardiaco (bpm)	5.30 (17.03)	-9.03 (15.38)	$P=0.002$
PA sistolica (mmHg)	-13.19 (17.66)	-10.67 (21.14)	$P=0.630$
PA diastolica (mmHg)	2.22 (9.91)	-5.15 (8.52)	$P=0.005$

Il delta, calcolato come differenza tra il parametro misurato prima del trattamento rispetto a dopo il trattamento (si veda anche la figura 1), mostra chiaramente che il tocco ha l'effetto di mitigare significativamente l'ansia ($P=0.002$) e la frequenza cardiaca ($P=0.002$). Riguardo la pressione arteriosa, la risposta della componente diastolica risulta significativamente differente nei due gruppi ($P=0.005$): diminuisce nel gruppo trattato (mediana -5.15 mmHg) a differenza del gruppo di controllo nel quale aumenta (2.22 mmHg). La pressione sistolica invece aumenta in misura simile in entrambi i due gruppi (-10.67 mmHg vs -13.19 mmHg, $P=0.630$).

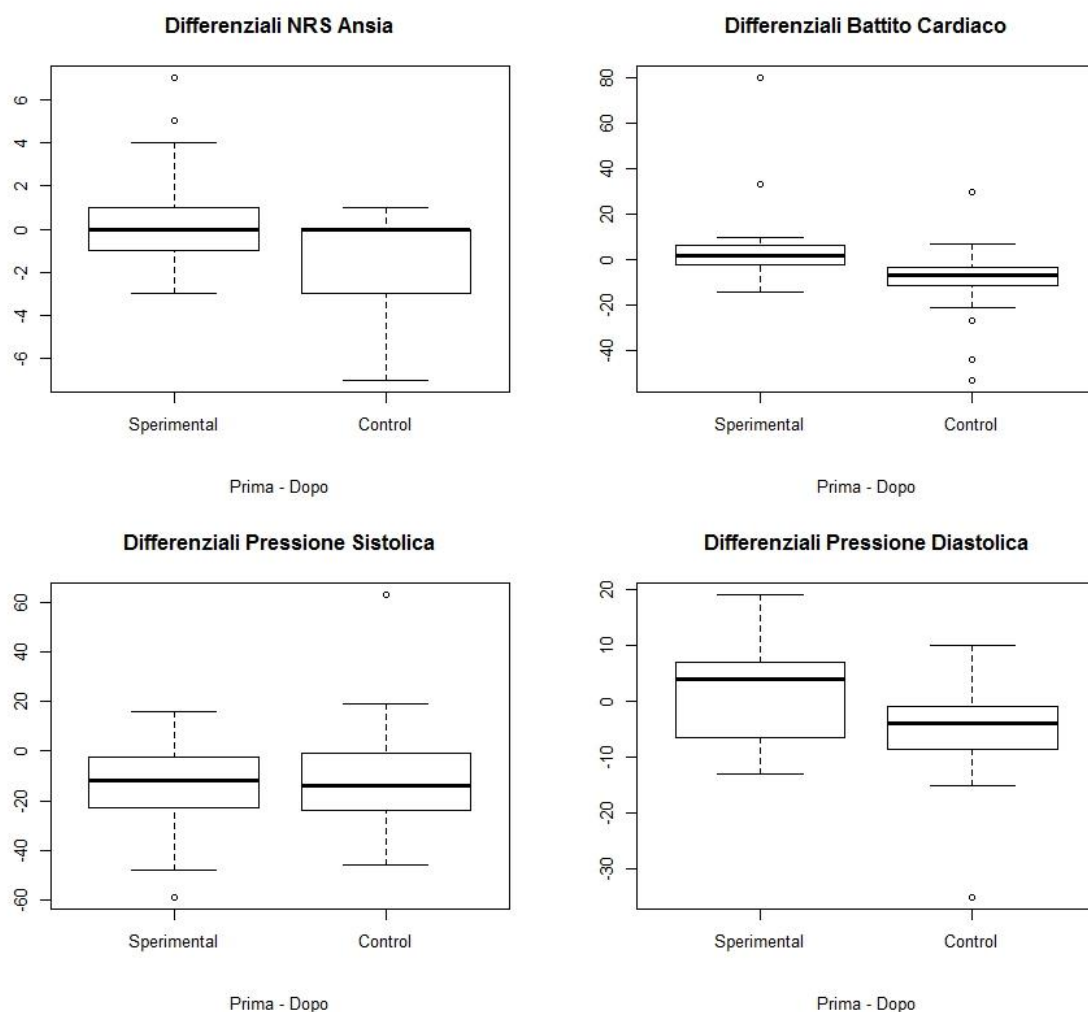


Figura 1. *Box-plot* dei risultati ottenuti nei due gruppi di pazienti. I dati sono espressi come differenze prima rispetto a dopo il trattamento. Il rettangolo è delimitato dal primo e dal terzo quartile, e diviso al suo interno dalla mediana. I segmenti (*wiskers*) sono delimitati dal minimo e dal massimo dei valori.

4.2. *Discussione dei risultati*

I risultati ottenuti indicano chiaramente l'efficacia del trattamento mediante tocco del paziente nel ridurre la componente di stress pre-operatorio. La variazione significativa dei livelli di ansia percepita dagli assistiti suggerisce che anche il semplice contatto fisico induce un certo grado di benessere psico-fisico, favorevole per il controllo dello stress chirurgico. Il dato si dimostra di particolare rilievo, specie se associato al riscontro di peculiari variazioni nei parametri emodinamici. La diminuzione della frequenza cardiaca e della pressione diastolica nel gruppo sperimentale sono assimilabili ai risultati ottenuti

mediante il massaggio (Smith *et al.*, 1999; Cambron *et al.*, 2006). Le motivazioni fisiologiche che possono spiegare questo risultato vanno ricercate nella differente risposta nervosa autonoma del soggetto. È ben dimostrato il legame tra ansia e stimolazione ortosimpatica cardiovascolare (Brand *et al.*, 2013). In questo senso, è stato osservato che un aumento della liberazione del neurotrasmettitore noradrenalina porta ad un aumento della pressione sistolica e diastolica, insieme ad un aumento della resistenza periferica, ma in concomitanza con una riduzione della frequenza cardiaca (Figura 2). Il rilascio nel torrente circolatorio dell'ormone adrenalina (epinefrina), liberato da parte della midollare surrenalica sempre in risposta allo stress, produce ancora altri effetti cardiovascolari che non sono però sempre in sintonia con quelli indotti dalla noradrenalina (Figura 2); in particolare l'adrenalina induce un aumento della frequenza cardiaca, un aumento della pressione sanguigna sistolica, ma all'opposto causa una riduzione della pressione diastolica, legata soprattutto alla diminuzione delle resistenze periferiche. Nella situazione esaminata probabilmente il contatto del paziente va a limitare in modo integrato la sua risposta ortosimpatica nelle due componenti – quella neurogena e quella ematica endocrina – producendo le variazioni pressorie osservate.

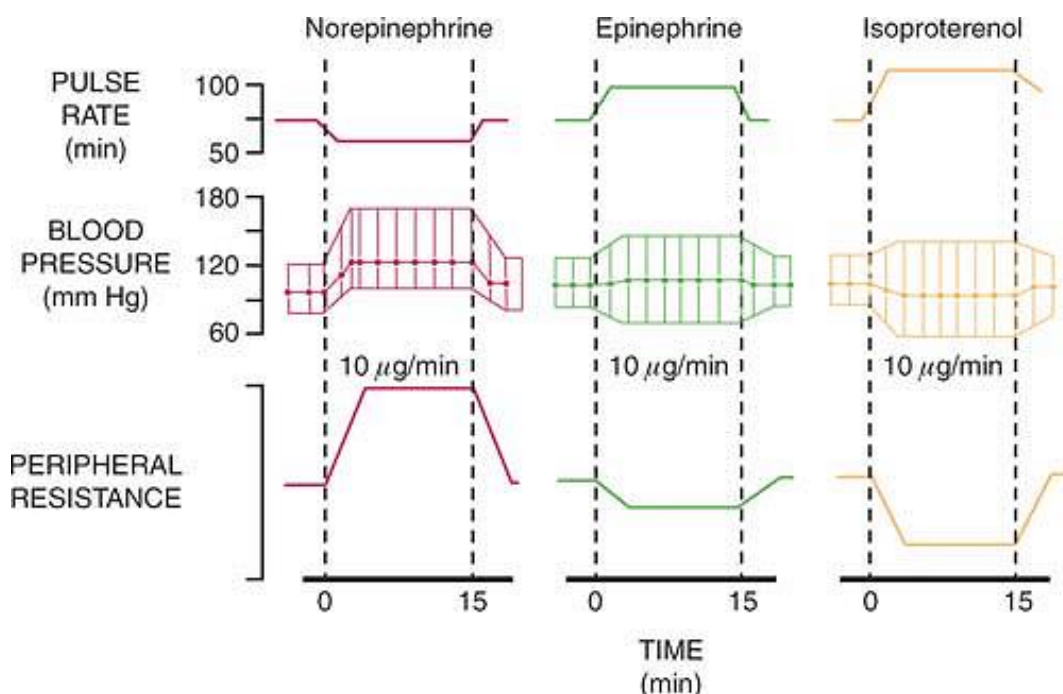


Figura 2. Effetti cardiovascolari della stimolazione adrenergica. Da: Allwood *et al.*, 1963.

4.3 Limitazioni e spunti per ulteriori ricerche

Il presente studio presenta alcuni limiti evidenti, primo tra tutti la numerosità del campione; si è trattato infatti di uno studio pilota il cui scopo è stato quello di raccogliere con rigore statistico i dati circa una pratica già utilizzata da alcuni infermieri nella prassi quotidiana.

La necessità di informare i pazienti ed ottenere il loro consenso può inoltre avere in parte influenzato gli effetti del trattamento infermieristico; comunicare all'assistito che si è intenzionati a studiare i suoi livelli d'ansia e i benefici del tocco può aver creato di certo alcune aspettative che possono aver condizionato i risultati.

Utile e necessario sarebbe inoltre standardizzare la tipologia di contatto (frequenza, tecnica e durata), cercando di capire se esistano dei gesti più efficaci di altri. Sarebbe poi stimolante studiare se il tocco abbia effetti rilevanti sulla dose dei farmaci utilizzati per l'analgosedazione; non è stato possibile compiere questa analisi poiché la terapia somministrata dai Medici Anestesisti in Sala Operatoria non si attiene necessariamente a rigidi protocolli, ma è basata su valutazioni derivate dall'esperienza del singolo professionista e modulata al caso specifico.

Interessante sarebbe infine capire se il nursing del contatto possa avere dei benefici in termini di riduzione del dolore post-operatorio, come documentato in alcuni studi sul massaggio (Albert *et al.*, 2009; Braun *et al.*, 2012). La presente ricerca ha trovato un ostacolo organizzativo alla raccolta dei dati circa il dolore post-intervento poiché in *T.I.P.O Cardio* non è prevista la documentazione sistematica della valutazione di tale parametro.

CONCLUSIONI

Il trattamento dell'ansia nel periodo pre-operatorio non dovrebbe essere un'azione operatore-dipendente, ma una priorità assistenziale infermieristica.

La forza di questo studio, a mio parere, sta proprio nella sua semplicità; esso dimostra come piccoli gesti, come il mantenere un contatto visivo e fisico con il paziente, possano davvero fare la differenza.

Il ruolo di osservatrice esterna mi ha permesso di analizzare da un punto di vista privilegiato le dinamiche relazionali presenti in sala operatoria, tra professionisti sanitari e tra operatori e pazienti. Ciò che ho potuto notare durante i due mesi di raccolta dati è che, malgrado la sensibilità personale riscontrata negli infermieri del blocco operatorio, spesso la tempistiche imposte impongono agli infermieri di eseguire ogni azione velocemente ed efficacemente, trasformando la maggior parte dei gesti nei confronti del paziente in azioni tecniche spersonalizzate. Le attuali forme di aziendalizzazione della Sanità che tendono a considerare la salute come un "prodotto", piuttosto che un valore, e il modello biomedico occidentale aumentano la sensazione di disagio di pazienti e sanitari. La persona viene considerata alla stregua di una macchina costituita da diverse parti, e la malattia diviene dunque un ingranaggio da sostituire secondo logiche di causa ed effetto.

Auspicabile sarebbe riuscire a riappropriarsi della dimensione umana della nostra professione, contrastando l'aspetto tecnicistico sempre più preponderante, ed evitando di adeguarsi alla prassi; tutto ciò nell'ottica di riaffermare il valore del paziente come persona di cui vanno rispettate emozioni, esigenze, aspettative, stili di vita, credenze. Altri ambiti culturali ci suggeriscono di considerare l'individuo nella sua complessità e completezza. Secondo questa prospettiva è possibile pensare all'esercizio infermieristico non solo come scienza e tecnica ma anche come arte del prendersi cura, del creare rapporti tra operatori e assistiti di fondamentale importanza; una professione nella quale mediante piccoli gesti specifici della comunicazione umana, come sorrisi e strette di mano, abbiamo la possibilità di ottenere esiti di salute altrimenti non raggiungibili.

BIBLIOGRAFIA

- Abu Ruz M.E. et al. (2011) Effects of β -blockers and anxiety on complication rates after acute myocardial infarction. *Am J Crit Care*, 20, 67-73.
- Adib-Hajbaghery M. et al. (2014) Whole body massage for reducing anxiety and stabilizing vital signs of patients in cardiac care unit. *Med J Islam Repub Iran*, Vol. 28:47.
- Albert N.M. et al. (2009) A randomized trial of massage therapy after heart surgery. *Heart Lung*, 38:480–490.
- Allwood, M. J., Cobbold, A. F. and Ginsburg J. (1963) Peripheral vascular effects of noradrenaline, isopropylnoradrenaline and dopamine. *British Medical Bulletin* 19: 132-136.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Angelica G., Carpico A. (2009) *Il paziente cardiocirurgico – Management clinico assistenziale*, Penerbit Buku Kompas.
- Arora D. et al. (2010), Anxiety and well-being among acute coronary syndrome patients: overtime. *J Indian Acad Appl Psychol* 2010, 36, 79-88.
- Asilioglu K., Celik SS. (2004) The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *Patient Educ Couns*, 53(1):65-70.
- Assis CC. et al. (2014), Embracement and anxiety symptoms in patients before cardiac surgery. *Rev Bras Enferm*, 67(3):401-7.
- Bailey L. (2010) Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN J.*, 92(4):445-457.
- Bauer B.A. et al. (2010) Effect of massage therapy on pain, anxiety, and tension after cardiac surgery: A randomized study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 16:70–75.
- Braden R., Reichow S., Halm M.A. (2009), The use of the essential oil lavandin to reduce preoperative anxiety in surgical patients. *J Perianesth Nurs.*, 24(6):348-355.
- Brand L. et al. (2013) The Effect of Hand Massage on Preoperative Anxiety in Ambulatory Surgery Patients. *AORN J*, 97: 708-717.
- Braun L.A. et al. (2012) Massage therapy for cardiac surgery patients—a randomized trial. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 144:1453-9.

- Brunner, Suddarth (2010) *Infermieristica Medico-Chirurgica*. Casa Editrice Ambrosiana.
- Cambron J.A. et al. (2006) Changes in blood pressure after various forms of therapeutic massage: a preliminary study. *J Altern Complement Med*, 12:65-70.
- Chen W. et al. (2013) Effect of back massage intervention on anxiety, comfort, and physiologic responses in patients with congestive heart failure. *J Altern Complement Med*, 19, 464-70.
- Cooke M, Chaboyer W, Schluter P, Hiratos M. (2005), The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. *J Adv Nurs.*, 52(1):47-54.
- Corli S., Zanetti E. (1998). I sensi e la cura nella pratica del nursing. *L'Arco di Giano. Rivista Medical Humanities*, n. 17, p.73-81.
- Cserép Z. et al (2012) The impact of preoperative anxiety and education level on long-term mortality after cardiac surgery. *J Cardiothorac Surg*, 7:86.
- Defazio-Quinn, D. & Schick, L. (Eds) (2004) *Nursing core curriculum: Preoperative, phase I and phase II PACU nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Eaker E.D. et al. (2005), Tension and anxiety and the prediction of the 10-year incidence of coronary heart disease, atrial fibrillation, and total mortality: the Framingham Offspring Study. *Psychosom Med*, 67:692-6.
- Fathi M. et al. (2014), Preoperative anxiety in candidates for heart surgery. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 8(2):90-6.
- Field T, Hernandez-Reif M, Diego M, et al. (2005) Cortisol decreases and serotonin and dopamine increase following massage therapy. *Int J Neurosci* 115:1397-1413.
- Field T., Diego M., Hernandez-Reif M. (2010), Moderate pressure is essential for massage therapy effects. *International Journal of Neuroscience*, 120: 381–385.
- Forshee BA, Clayton MF, McCance KL. (2010) Stress and disease. In: McCance KL, Huether SE, Brashers VL, Rote NS, eds. *Pathophysiology: The Biologic Basis for Disease in Adults and Children*. 6th ed. St Louis, MO: Mosby, :336-358.
- Giacomelli G., Bacherini S. (2006) *La relazione con il paziente*. Carrocci Editore.
- Gilmartin J., Wright K. (2008) Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *J Clin Nurs.*, 17(18):2418-2425.
- Giudetti L., Pampallona A. (2014) *Anche le parole curano*. Fondazione Giancarlo Quarta Onlus edizioni.

- Grieve R.J. (2002), Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies. *Br J Nurs.*, 11(10):670-678.
- Grousset S (2009) Definition et concepts liés au toucher dans les soins. *SOINS*, 737, 30-33.
- Grousset S, Mallay C (2009) Travail psychique et touchermassage dans la prise en charge de la personne âgée. *SOINS*, 737, 30-31.
- Ip HY, Abrishami A. et al. (2009) Predictors of postoperative pain and analgesic consumption. *Anesthesiology*, 111(3):657-677.
- Holmes, J. (2005) Preoperative visiting: landmarks of the journey. *Br J Perioper Nurs.* 15(10):434, 436-7, 439-40 passim.
- Lindgren L. et al.. (2012), Pleasant human touch is represented in pregenual anterior cingulate cortex. *NeuroImage*, 59: 3427–3432.
- Lindgren L. et al. (2013) Touch massage: a pilot study of a complex intervention. *Nursing in Critical Care*, 18 (6): 269-277.
- Kaada B, Torsteinb (1989) Increase of plasma beta-endorphins in connective tissue massage. *Gen Pharmacol* 20:487-489.
- Kessler R.C. et al. (2010) *Epidemiology of Anxiety Disorders - Behavioral Neurobiology of Anxiety and Its Treatment*. M.B. Stein and T. Steckler (eds.).
- Kim M.S., Cho K.S., Woo H.M., Kim J.H. (2001) Effects of hand massage on anxiety in cataract surgery using local anesthesia. *J Cataract Refract Surg.*, 27(6):884-890.
- Marchesini M., Manfè A.Z. (2014) *Elementi di Economia & Organizzazione Sanitaria*. Cleup, Padova.
- Mele C. (2008) Nell'assistenza infermieristica l'utilizzo del contatto fisico, tocco-massaggio può essere di aiuto per ridurre sintomi psicofisici nel malato? *Scenario*, 25 (1):5-8.
- Migliorino N. (2010) *Il gesto terapeutico – Forma e Contatto*. Franco Angeli Editore.
- McRee L.D., Noble S., Pasvogel A. (2003) Using massage and music therapy to improve postoperative outcomes. *AORN J.*, 78(3):433-447.
- Oshodi T.O. (2007) The impact of preoperative education on postoperative pain. *Br J Nurs*, 16(3):790-797.
- Regazzo L. D. (2010) *Ansia, che fare? Prevenzione, farmacoterapia e psicoterapia*, Cleup, Padova.
- Ripa P., Baffi E. (2004) *Le cure complementari e l'infermiere*, Carocci Faber.

- Rolls ET. (2010), The affective and cognitive processing of touch, oral texture, and temperature in the brain. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34: 237–245.
- Ruxton, G. D. (2006). The unequal variance t-test is an underused alternative to Student's *t*-test and the Mann–Whitney *U* test. *Behavioral Ecology* 17: 688–690.
- Salmore R.G., Nelson J.P. (2000), The effect of preprocedure teaching, relaxation instruction and music on anxiety as measured by blood pressures in an outpatient gastrointestinal endoscopy laboratory. *Gastroenterol Nurs.*, 23(3):102-110.
- Savatofski J. (1999). *Le toucher massage*. Lamarre-Pionate, Paris.
- Savatofski J. (1999). Plaidoyer pour le toucher- massage. *Soins* 634, Avril, p. 17-20.
- Schaefer H.S., Davidson R.J. (2006) Lending a hand: social regulation of the neural response to threat, *Psychol Sci.ec*;17(12):1032-9].
- Smith M.C. et al. (1999), Benefits of massage therapy for hospitalized patients: a descriptive and qualitative evaluation. *Altern Ther Health Med*, 5:64-71.
- Tatarelli R. (2009) *Manuale di Psichiatria e Salute Mentale*. Piccin, Padova.
- Tully P.J. et al. (2008), The role of depression and anxiety symptoms in hospital readmissions after cardiac surgery. *J Behav Med.*, 31: 281-90.
- Uvnäs-Moberg K. (1998), Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology*, **23**: 819–835.
- Vaughn .F, Wichowski H., Bosworth G. (2007) Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? *AORN J.*, 85(3):589-604.
- Veldman F. (1998). *Haptonomire science de L'affectivie*. Presses Universitaire de France, Paris.
- Viars J. (2009) Anxiety and open heart surgery. *Medsurg Nurs*, 18(5):283-5, 291.
- Vogt BA. (2005), Pain and emotion interactions in subregions of the cingulate gyrus. *Nature Reviews Neuroscience*, 6: 533–544.
- Wagner D., Byrne M., Kolcaba K. (2003), Effects of comfort warming on perioperative patients. *AORN J.*, 84(3):427-448.
- Wang A.T. et al. (2010) Massage Therapy After Cardiac Surgery. *Semin Thoracic Surg*, 22:225-229.
- Wang S.M., Caldwell-Andrews A., Kain ZN. (2003) The use of complementary and alternative medicines by surgical patients: a follow-up survey study. *Anesth Analg.*, 97(4):1010-1015.

- Williams JB. et al (2013) Preoperative anxiety as a predictor of mortality and major morbidity in patients aged >70 years undergoing cardiac surgery. *Am J Cardiol*, 111(1):137-42.
- Ye C. et al (2013) Anxiety, depression, and associated factors among inpatients waiting for heart transplantation. *Shanghai Arch Psychiatry*, 25(3):165-73.
- Yung P.M., Chui-Kam S., French P., Chan T.M.F. (2002), A controlled trial of music and pre-operative anxiety in Chinese men undergoing transurethral resection of the prostate. *J Adv Nurs*, 39(4):352-359.
- Urli N. (1999). *L'ambiguità del corpo nelle cure infermieristiche*. Ambrosiana, Milano
- Van Der Bruggen H. (1997). *Ce malate qui esiste*. Le Centurion, Paris, p.54.
- Zanotti R. (2010) *Filosofia e Teoria nella moderna concettualità del nursing professionale*, Piccin, Padova.

RINGRAZIAMENTI

Desidero innanzitutto ringraziare la Relatrice della mia tesi, la Dott.ssa Elena Fanton, per il sostegno e l'appoggio didattico ed umano che ha saputo offrirmi lungo questo mio percorso di Studi. Un prezioso ringraziamento va anche al mio Correlatore, il Dott. Marco Santi, che dal mio primo ingresso in Sala Operatoria del Centro Gallucci è riuscito a trasmettermi tutta la sua passione per una professione tanto nobile.

Porgo poi il mio grazie al Prof. Gerosa ed alla Dott.ssa Lion, per avermi permesso di svolgere questa ricerca nell'Unità Operativa che li vede responsabili.

Un ringraziamento prezioso va inoltre al Prof. Dario Gregori ed al suo valido collaboratore, il Dott. Nicola Soriani: l'indispensabile aiuto da loro fornitomi in ambito statistico mi hanno permesso di svolgere la mia ricerca nel maggior rigore possibile.

Rivolgo quindi la mia gratitudine agli Infermieri ed a tutto il personale sanitario dell'Unità dove ho raccolto i miei dati, per l'entusiasta accoglienza riservatemi.

Un grazie speciale è dedicato a tutti gli Infermieri esperti che ho incontrato durante il mio percorso di Studio e Tirocinio, poiché ogni mio gesto sarà per sempre impregnato della loro saggezza ed esperienza.

Il mio pensiero arriva poi a toccare tutti i pazienti e i loro cari, le loro storie, le loro gioie ed i loro dolori, per avermi permesso di condividere con loro alcuni istanti del loro difficile momento di vita.

Un ultimo e non meno importante pensiero di riconoscimento va poi alla mia famiglia, al mio compagno e ai miei amici, che hanno sostenuto ogni mio passo in questo cammino verso la realizzazione di un grande sogno.

ALLEGATI

FOGLIO INFORMATIVO

S.O. Centro V. Gallucci – Policlinico Universitario di Padova – Direttore: Prof. Gerosa

TITOLO DELLO STUDIO

*Simple touch therapy for cardiac surgery patients – An adaptative randomized trial
La terapia del semplice tocco per i pazienti sottoposti a chirurgia cardiaca – Trial adattativo randomizzato*

Gentile Signora / Gentile Signore,

Le proponiamo di partecipare a uno studio che si propone di valutare l'effetto del semplice tocco sull'ansia del paziente cardiocirurgico al suo ingresso in sala operatoria.

Per svolgere questa ricerca, avremmo bisogno della Sua collaborazione.

Prima che Lei decida se partecipare, è importante che abbia tutte le informazioni sul perché questo studio viene fatto e che cosa Le viene chiesto. Può conservare questo foglio informativo e mostrarlo a persone di Sua fiducia (familiari, amici, il Suo medico di medicina generale) che possano aiutarLa a prendere una decisione. Per qualsiasi chiarimento o spiegazione Le dovessero servire può contattare Elisa Ragazzi, la studentessa del Corso di Laurea in Infermieristica che si sta occupando dello studio, al numero: 3488125414.

Nel caso Lei acconsentisse ad aderire alla ricerca, Le verrà chiesto di firmare il Modulo per l'espressione del consenso informato alla partecipazione allo studio e il Modulo di consenso al trattamento dei dati personali.

Le ricordiamo che, anche se accetterà di partecipare, potrà comunque ritirare il Suo consenso in ogni momento, senza dover fornire alcuna motivazione e senza subire alcun tipo di penalizzazione.

1. Che cosa si propone questo studio?

Il presente studio, da svolgersi su un campione di 54 soggetti, si propone di analizzare il ruolo dell'infermiere nei confronti dell'ansia preoperatoria del paziente cardiocirurgico.

2. Cosa comporta la mia partecipazione allo studio?

Nel caso Lei decida di aderire alla presente sperimentazione, nella mezz'ora che precede l'ingresso in sala operatoria Le verrà chiesto di valutare il Suo livello di ansia mediante l'utilizzo di una scala numerica (da 0 a 10), e verranno annotati i valori di alcuni dei Suoi parametri vitali (pressione arteriosa e frequenza cardiaca). Al Suo accesso nel blocco operatorio Lei verrà dunque assegnato mediante randomizzazione a ricevere un'accoglienza infermieristica preoperatoria standard oppure un'ammissione che preveda l'uso del contatto con finalità terapeutiche. Saranno coinvolti nello studio due infermieri esperti, un maschio ed una femmina. Poco prima dell'analgosedazione si misureranno nuovamente il Suo livello d'ansia, la Sua pressione e frequenza cardiaca, questo per poter calcolare l'impatto dell'intervento infermieristico di volta in volta adottato.

3. Cosa mi succederebbe se decidessi di non partecipare?

La partecipazione allo studio è del tutto volontaria e se Lei decidesse di non prenderne parte Le sarebbero comunque garantite le migliori cure possibili.

4. Quali garanzie esistono a tutela dei partecipanti allo studio?

Il protocollo di questo studio è stato redatto in conformità alle norme di Buona Pratica Clinica dell'Unione Europea e alla Dichiarazione di Helsinki.

5. Sarà tutelata la riservatezza dei dati personali?

In accordo con le norme di buona pratica clinica e con il Dlgs 196/2003 (e successive modifiche e/o integrazioni) sarà garantita la riservatezza dei Suoi dati personali, così come descritto nel modulo "Informativa e consenso al trattamento dei dati personali", che Le sarà chiesto di firmare.

MODULO PER L'ESPRESSIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto dichiaro di aver ricevuto spiegazioni esaurienti in merito alla richiesta di partecipazione allo studio: *Simple touch therapy for cardiac surgery patients – An adaptative randomized trial (La terapia del semplice tocco per i pazienti sottoposti a chirurgia cardiaca – Trial adattativo randomizzato)* secondo quanto riportato nel foglio informativo qui allegato, copia del quale mi è stata consegnata in data _____.

Dichiaro di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver avuto modo di porre tutte le domande che ho ritenuto necessarie e di aver ricevuto in merito risposte soddisfacenti.

Accetto dunque liberamente di partecipare a questo studio, avendo compreso i rischi ed i benefici che esso implica.

Comprendo inoltre che riceverò una copia di questo documento, firmato e datato.

PARTECIPANTE

Nome e cognome: _____ Data: _____

Firma: _____

MEDICO (O RICERCATORE) CHE HA PRESENTATO LO STUDIO

Io sottoscritto dichiaro di aver spiegato lo studio in modo completo al partecipante e certifico che, al meglio delle mie conoscenze, egli/ella ha compreso la natura e le richieste correlate alla partecipazione a questo studio.

Dichiaro inoltre di aver consegnato al partecipante un originale del modulo di consenso informato, firmato e datato.

Nome e cognome: _____ Data: _____

Firma: _____

Iniziali paziente:	Sesso:	Età:	Infermiere:	Gruppo:
--------------------	--------	------	-------------	---------

Valori raccolti in U.O.

NRS ansia:	PA:	FC:
------------	-----	-----

Valori raccolti in S.O.

NRS ansia:	PA:	FC:
------------	-----	-----

Iniziali paziente:	Sesso:	Età:	Infermiere:	Gruppo:
--------------------	--------	------	-------------	---------

Valori raccolti in U.O.

NRS ansia:	PA:	FC:
------------	-----	-----

Valori raccolti in S.O.

NRS ansia:	PA:	FC:
------------	-----	-----

Iniziali paziente:	Sesso:	Età:	Infermiere:	Gruppo:
--------------------	--------	------	-------------	---------

Valori raccolti in U.O.

NRS ansia:	PA:	FC:
------------	-----	-----

Valori raccolti in S.O.

NRS ansia:	PA:	FC:
------------	-----	-----

Iniziali paziente:	Sesso:	Età:	Infermiere:	Gruppo:
--------------------	--------	------	-------------	---------

Valori raccolti in U.O.

NRS ansia:	PA:	FC:
------------	-----	-----

Valori raccolti in S.O.

NRS ansia:	PA:	FC:
------------	-----	-----

Iniziali paziente:	Sesso:	Età:	Infermiere:	Gruppo:
--------------------	--------	------	-------------	---------

Valori raccolti in U.O.

NRS ansia:	PA:	FC:
------------	-----	-----

Valori raccolti in S.O.

NRS ansia:	PA:	FC:
------------	-----	-----

